

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	性別 男・女		保険者番号	4 2 3 2 3 6										
生年月日	大・昭 年 月 日生		被保険者番号	0	0	0	0	0						
住 所	〒859-37 波佐見町 郷 番地 電話番号													
福祉用具名 (種目名及び商品名)	①			②			③							
製造事業者名														
(指定事業所番号) 販売事業者名														
購入金額	円			円			円							
購入日	令和 年 月 日			令和 年 月 日			令和 年 月 日							
福祉用具が 必要な理由													
波佐見町長様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 波佐見町 郷 番地 申請者 (被保険者) 氏名 (印)														

※注意 ・領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載し、欄内に記載が困難な場合は裏面に記載してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	十八親和銀行 長崎県央農協 その他()	本店 ・ 支店	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座 3 その他					
	ゆうちょ銀行	記号・番号()							
	フリガナ 口座名義人							

----- 保 険 者 記 入 欄 -----

受給資格	申請中・要支援()・要介護():	年 月 日 ~ 年 月 日	負担割合()割
給付対象額	円	年 月 日	課長 担当者
支給決定額	円	検 収	